“规培出站后再培训”对全科医生岗位胜任力的效果分析

10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0563

李一鸣[1] 黄蛟灵[2]袁晓燕[1]郭东风[1]

【作者单位】1.上海市浦东新区公利医院 上海 200135；2.上海交通大学医学院公共卫生学院 上海 200025
【基金项目】1.上海市卫生和计划生育委员会面上项目(201640382)；2.浦东新区卫生系统重点薄弱学科建设资助项目（PWZbr2017-08）
【通信作者】郭东风，硕士研究生，主任医师；E-mail：glyyqkjys@163.com

摘 要：背景 随着我国医疗卫生体制改革地不断深入，培训有较高临床技能的全科医生显得尤为迫切，如何持续不断提高全科医生临床技能已成为分级诊疗、中国医改能否成功的关键因素之一。**目的** 研究实施“规培出站后再培训”对全科医师岗位胜任能力提高的效果。**方法** 选择已通过“上海市全科住院医师规范化培训”合格出站的全科医生 24 人，进行全科专业临床技能再培训，分析培训实施前、后全科住院医师对全科综合临床技能的提高效果。**结果** 24 名全科医生参加再培训后，其综合考核中“基本急救技能”、“医患沟通”、“病例分析”、“综合知识”、“心电图、X 线读片”5 方面，明显优于培训前，对比差异显著（P＜0.05）。结论 实施“规培出站后再培训”对全科医师临床技能的提高有显著效果，增强岗位胜任力，提高社区医疗保健服务能力。

关键词：全科医生；胜任力；培训

Analysis about the Effect of "Post-training after Standardized Medical Residency Training" on the Competence of General Practitioner **LI Yi-ming，GUO Dong-feng，YUAN Xiao-yan，HUANG Jiao-ling**

Abstract BACKGROUND With the continuous deepening reforma of medical and healthcare system in China, it is particularly urgent to cultivate general practitioners with proficient clinical skills. To continuously improve the clinical skills of general practitioners, it is one of the key factors for the success of hierarchical medical system and health care reform in China. OBJECTIVE To study the effect of implementing "post-training after Standardized Medical Residency Training" on the competence of general practitioners. METHODS Randomly selecting 24 general practitioners who have completed Shanghai Standardized Medical Residency Training of General Practitioners, then training them on professional clinical skills in general practice, and finally, comparing the difference of comprehensive clinical skills in general practice, prior and posterior to the

implementation of training. RESULTS For 24 general practitioners participating in post-training, five aspects of clinical skills: "basic first aid skills", "doctor-patient communication", "case analysis", "comprehensive knowledge", "electrocardiogram" and "X-ray reading slivers", were improved obviously, with a Statistical Significance of $p<0.05$ under t-test. CLUSION For general practitioners, the implementation of "post-training after Standardized Medical Residency Training", will significantly improve clinical skills, enhance job competence, and strengthen ability of community health care services.

Key words general practitioner；competence；training

First-author's address Gongli Hospital of Shanghai Pudong New Area，Shanghai，200135，China

1973 年美国哈佛大学 David McClelland 教授首次提出“胜任力”一词，接着 1999 年美国毕业后医学教育认证委员会将临床医学岗位胜任力界定为住院医师应具备 6 大核心能力：照顾患者、医学知识、基于实践的学习和改进、人际和沟通能力、职业精神和素质、基于系统的实践[1]。加拿大皇家内科和外科学院提出针对医学专家的教育方向，即岗位胜任力体现为 7 种角色：医学专家、沟通者、合作者、管理者、健康促进者、学者和专业人士[2]。目前，我国全科医生教育培养工作虽已取得积极进展，但培训的内容与实际的岗位需求仍有一定悬殊，具有优秀岗位胜任力的全科医生数量不足。能否加快培养大批合格全科医生，用于临床一线基层所需，已经成为深化医改、推进健康中国建设的瓶颈问题[3]。同时，随着分级诊疗制度、家庭医生签约服务等工作的开展，分流到基层医疗卫生机构的患者和病种数量逐年增多，这对基层人才队伍建设提出了更高的要求[4]。全科医生的培训，除了常见病诊治能力以外，需特别强调临床思维能力、危险识别能力、临床应急能力、人文沟通能力及学习能力的养成[5]。有研究报道我国一些地区的社区医务人员心肺复苏等急救知识合格率仅为 35％左右[6]。故本着提升基层医院的全科医疗服务质量，提高全科医生岗位胜任力，进行规培出站后全科医师“再培训”的研究和探索。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2016 年 1 月- 2018 年 12 月，选择上海市金桥医疗联合体内 8 家社区卫生服务中心，随机抽取已通过“上海市全科住院医师规范化培训”（包括“全科医师转岗培训”）合格出站的全科医生 24 人，进行“出站后全科规培医师临床技能再培训”（后简称“再培训”）。其中男

9 名、女 15 名；平均年龄（31.67±2.85）岁；本科 17 名，硕士及以上 7 名。见表 1

表 1　参与“再培训”项目全科医师特征分布

变量	构成比%	变量	构成比%
性别		年龄	
男	37.5	小于 30 岁	33.3
女	62.5	大于 30 岁	66.7
学历		职称	
本科	70.8	住院医师	54.2
硕士	29.2	主治医师	45.8
工作年限			
不满 5 年	45.8		
5 年及以上	54.2		

1.2 培训方法

全科医师入组后，进行为期 6 个月的“再培训”。具体方案如下：

1.2.1 理论学习　2016-2018 年每年举办“再培训”理论培训，培训组成员参加理论学习。课程包括四大系列：医学人文系列，心电图、影像系列，全科医学的临床思维培养系列，社区常见病的急重症诊疗思路及处置原则系列。

1.2.2 临床能力培训　采取带教和自学相结合、教学示范与教学实践相结合，由副高职称以上医师带教。开展临床思维能力训练，重视慢性病疾病预防以及连续服务管理能力等方面的指导。每批 4 人，每人进行 6 个月的专项培训，按照培训计划实施。其中全科病房培训 4 个月，全科门诊 2 个月。

1.2.2.1 全科特色教学查房　着重强调对患者生活方式、心理、家庭环境方面的指导，病种选择慢性病的同时，强调慢病发展过程中的转诊及转诊前处理。另外，避免单病种，加强各学科间的横向联系，促使全科医生整合不同学科的知识，拓展临床思维。

1.2.2.2 全科门诊示范教学　强化门诊教学，规范诊治技巧和培训全科医疗诊断思维，着重强调医患沟通、急危重症识别及转诊，全面提高全科医师的应诊能力。

1.2.2.3 临床基本技能培训　加强全科医师临床基本技能培训，着重心肺复苏等基本急救技能，强调操作的规范性、有效性。

1.3 考核方法

客观结构式临床考核（OSCE）

全科医师完成“再培训”前、后，分别进行综合考核，采用客观结构式临床考核（OSCE）方式，设置综合理论知识、心电图及 X 线读片、病史采集、体格检查、病史书写、病例分析、基本急救技能、医患沟通八个项目，分为从临床思维、临床技能、理论知识等方面进行综合测评。其中综合理论知识、心电图及 X 线读片，采用计算机考核形式；其余项目考核，采取“双考官打分制”，所有考官均具有“上海市住院医师规范化培训考官”资质。

1.4 统计学方法

选取选取 SPSS 22.0 软件进行统计分析，计量资料以均值±标准差（$\bar{x} \pm s$）表示，组内干预前后比较采用配对 t 检验，两组间比较采用独立 t 检验，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 考核成绩统计

2.1.1 考评分数统计 全科医师通过“再培训”，完成所有培训项目、课程，各项考核成绩均有所提高，其中“基本急救技能”、“医患沟通”、“病例分析”、“综合知识”、“心电图、X 线读片”，5 项考核成绩前后对比 P<0.05，差异有统计学意义。见表 2。

表 2 全科医师“规培出站后再培训”各项考核评分对比

考核项目	培训前	培训后	t	P
基本急救技能	75.58±11.90	84.35±11.26	3.43	<0.05
体格检查	86.08±12.78	90.19±6.27	1.27	>0.05
医患沟通	75.58±10.30	87.06±13.31	3.23	<0.05
病史采集	83.50±7.98	84.88±5.62	0.81	>0.05
病例分析	63.50±12.88	75.79±7.84	3.76	<0.05
病历书写	83.67±9.59	84.46±9.19	0.28	>0.05
综合理论知识	58.36±6.67	65.47±4.14	4.78	<0.05
心电图、X 线	67.92±9.99	74.79±8.40	3.49	<0.05

2.1.2 考评合格率统计 各项考核分数按照：80-100 分优秀、60-79 分合格、低于 60 分不合格为标准，合格和优秀人数占总人数比例为合格率，统计得出：全科医师通过完成“规培出站后再培训”，所有项目合格率均达到 100%，除“综合理论知识”，余项目优秀率均有所提高。见表 3。

表 3 全科医师“规培出站后再培训”各项考核合格率、优秀率对比

培训项目	不合格	合格	优秀	合格率%	优秀率%

基本急救技能					
培训前	1	13	10	95.8	41.7
培训后	0	7	17	100	70.8
体格检查					
培训前	1	3	20	95.8	83.3
培训后	0	3	21	100	87.5
医患沟通					
培训前	1	12	11	95.8	45.8
培训后	0	6	18	100	75
病史采集					
培训前	0	4	20	100	83.3
培训后	0	20	22	100	91.6
病例分析					
培训前	5	17	2	79.2	8.3
培训后	0	15	9	100	37.5
病历书写					
培训前	0	7	17	100	70.8
培训后	0	4	20	100	83.3
综合理论知识					
培训前	12	12	0	50	0
培训后	0	24	0	100	0
心电图、X 线					
培训前	5	15	4	79.2	16.7
培训后	0	16	8	100	33.3

2.2 考核成绩对比、分析

2.2.1 基本急救技能　参与本次“再培训”的全科医师，在完成“上海市住院医师规范化培训”，具有较高的基本素养，参与“再培训”前合格率已高达 95.8%。通过“再培训”的专项针对性培训，进一步提高了这批医生的急救操作质量，平均分达到 84.35，优秀率得到明显提升。由培训前的“会做”，提升到培训后的“做好”。

2.2.2 病例分析 该项目可全面反映全科医师的临床思维，该项目平均分由培训前 58.36 分，提高到培训后 65.47 分，合格率、优秀率均有显著提高。临床思维能力对于全科医师至关重要，通过“再培训”项目中的教学查房、门诊示范教及临床思维系列课程的培训，大大提高了全科医师的对于病例的分析能力，训练出正确的临床思维逻辑。

2.2.3 医患沟通 鉴于全科医生的工作需求及特点，构建良好的医患关系，沟通能力尤为重要。通过“再培训”，该能力得以显著提高。“再培训”项目中，不仅在理论课程中，设置了医学人文系列课程，且在各项临床能力培训项目中，均体现人文精神，培养全科医生的同理心，重视对患者生活方式、心理等方面的指导和沟通。

2.2.4 综合理论知识 考核的难度和范围与“住院医师规范化培训”出站考核持平，参与培训的全科医生均曾经通过该项考核，但规培出站进入社区工作后，其对理论知识的更新学习普遍懈怠，导致合格率仅 50%。通过“再培训”的理论学习及综合性医院的临床实践，合格率提升到 100%，效果显著。但考核成绩优秀者匮乏，不可否认，该能力依然为全科医生的短板。

2.2.5 心电图、X 线读片 体现了全科医生的基本知识的临床应用能力，通过“再培训”，总体水平也得以提升，特别对常见疾病的心电图、X 线特征均掌握，但是对不典型图像的识别仍有待提高，与优秀水平存在一定距离。

2.2.6 体格检查、病史采集、病历书写 培训前后提高效果不显著，其共同特点为：培训前合格率高、优秀率高，这也体现出上海金桥医疗联合区域内的全科医生在这些方面的工作能力较强。

3 讨论

本次研究结果表明，对全科医师实施规培出站后再培训，根据培训前后的相关技能考核的成绩进行统计学数据分析后可看出，该方案取得了显著成效，对于提高全科住院医师的临床技能胜任能力，主要在“基本急救技能”、“医患沟通”、“病例分析”、“综合知识”、“心电图、X 线读片”方面，从数据显示培训后明显优于培训前。

研究中还发现，经过社区临床工作后，再进行培训的全科医生具有更高的学习热情，短期针对性的学习，效率更高，同时避免工学矛盾。

与一般进修学习不同，“再培训”项目中设置的培训内容，更加强调“以人为本，以善为根；以技治病，以德服人”的救治理念。从实际应用方面来看更符合社区临床工作需求，注重解决临床基本问题、培养临床思维、强调急救操作的有效性，并融入熏陶人文素养。针对部分学科知识单一、相互割裂的问题，将原有学科内容进行整合，把多学科知识融为整体，实现知

识融会贯通，使医学人才对待临床问题能够科学分析、提高综合应用能力[7]。

在全科医师的岗位胜任力中，基本理论仍是薄弱环节，建议全科医生持续加强自身理论学习，定期参加毕业后医学继续教育，从主观上认识到理论学习的重要性，做到终生学习。

综上所述，本次研究实施的规培出站后全科医师临床技能再培训方案具有较高的实际应用价值及应用前景，采用的方法便捷且具备可复制性不仅弥补了以专科轮训为主的住院医师规范化培训内容与全科医生实际工作脱节、全科医疗临床思维培养不足等问题[8]，更有益于提升全科医生日后进入社区工作的临床胜任能力。该方案可进一步推广，让更多的全科医生参与“再培训”，确保广大社区居民能得到更为有效、准确、系统的诊断和治疗，为我国进一步推行基础民生的保障建设创造更为坚实的后盾。

作者贡献：郭东风负责项目研究设计、文章的构思与设计；李一鸣负责研究的实施、数据收集与整理、统计学处理、论文撰写；黄蛟灵负责文章的质量控制及审校； 袁晓燕负责项目监督管理。 本文无利益冲突。

参考文献：

[1]朱庆双，张建，贾建国，等. 以岗位胜任力为核心的临床实践能力培养模式的构建[J]. 医学教育管理，2016，2(1)：332-339.

[2]冯攀. 加拿大医师能力框架对我国制定执业医师能力标准的启示[J]. 中国医院管理，2013，33(4)：61-63.

[3]武宁，程明漾，闫丽娜，等. 中国全科医生培养发展报告（2018）[J]. 中国全科医学. 2018，21(10)：1135-1142.

[4]郭燕红.推进分级诊疗，构建连续健康服务[J]. 中国全科医学. 2017，20（1）：1-5.

[5]曾学军，沙悦，王芳，等. “新医改形势下全科人才培养”主题研讨[J]. 中国全科医学. 2018，21(28)：3500-3507.

[6]陈妍. 浅谈我国全科医学和全科医生的现状及发展趋势[J]. 海军医学杂志. 2011，32(6)：428-429.

[7]赵万红，潘龙瑞，朱克刚，等. 我国高等医学教学模式改革的思考[J]. 医学与哲学，2014，（7)：74-77.

[8]魏学娟，吴浩，葛彩英，等. 莱斯特评估套件在全科医生培训中的应用[J]. 中国全科医学. 2017，20(25)：3149-3152.